

112
Antonio Mendes Guimarães

N.º 121

Sobre a tuberculose abdominal na infancia

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina do Porto

== Porto, 1921 ==



1921

Escola Tipográfica da Officina de S. José
Rua Alexandre Herculano

PORTO

200/4 FMP

Sobre a tuberculose abdominal na infancia

Antonio Mendes Guimarães

Sobre a tuberculose abdominal na infancia

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina do Porto

== Porto, 1921 ==



1921

Escola Tipográfica da Officina de S. José
Rua Alexandre Herculano

PORTO

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETARIO

Dr. Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE


Professores ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patologica	Dr. Antônio oaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia . . .	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina ope- ratória	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica Geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontologia .	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. Antônio de Souza Magalhães Lemos
Pediatria	Dr. Antônio de Almeida Garrett.

Professor jubilado

Pedro Augusto Dias Lente catedrático.

**A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na
Dissertação.** (Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade
de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1920).




A' memoria

DE

meu PAI

Eterna saudade



A minha

Extremosa MÃE

Eterna gratidão pelo
muito que vos devo.

A minha

ESPOSA

a quem dedico o meu modesto
trabalho como testemunho
da minha muita amizade e
dedicação.

A minha

Ex.^{ma} Sogra

Muita consideração e respeito.

A meus irmãos

Sincera amizade.

Ao Ex.^{mo} Senhor

Dr. Guilherme Augusto Ramos Pereira

*protestos de subida consideração
e reconhecimento.*

Do meu amigo o farmaceutico

José Gomes Moreíra

protestos d'amizade e estima.

Ao

Dr. Francisco de Souza Guedes Machado

Com um abraço de despedida.

Aos meus

Condiscipulos e Amigos

Ao Douto corpo docente

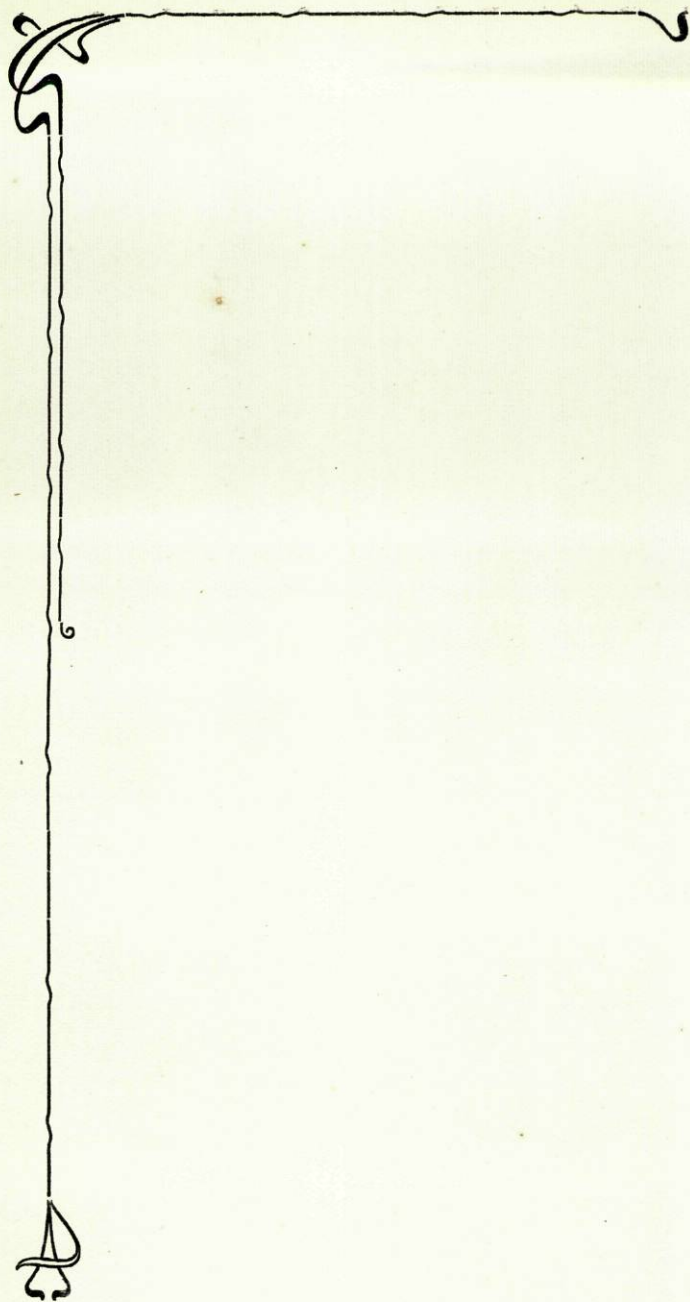
da

Faculdade de Medicina do Pôrto

— Ao meu ilustre Professor
e dignissimo presidente de tese

Dr. Antonio de Almeida Garrett

**Homenagem de profundo
respeito e reconhecimento.**



Lugar da tuberculose abdominal na tuberculose infantil

Dos caracteres que estabelecem uma diferença acentuada entre o processo tuberculoso na infancia e o processo tuberculoso no adulto, a tendencia á generalisação é dos que occupam o lugar mais proeminente. E' bem raro, com effeito, que lesões tuberculosas estejam limitadas, localisadas num determinado sistema e não se espalhem por via sanguinea, para diversos pontos do organismo. E' isto que se observa correntemente nas investigações anatomo-patologicas, encontrando-se tambem, embora menos evidentemente, pelo exame clinico, mormente na primeira infancia.

E não nos devemos admirar que o ataque dos variados órgãos pelo bacilo de Kock, se não demonstre num conjunto de sintomas elucidando o observador quaes as partes do organismo atingidas, pois que, mesmo os anatomo-patologistas, com os seus meios de observação muito mais directos, se vêm muitas vezes em difficuldades para o fazer.

Aparece um pequeno doente apresentando aparentemente uma lesão bacilar; é de regra quasi, que um exame mais cuidadoso traga ao espirito do clinico a multiplicidade dos órgãos atingidos pela infecção tuberculosa. Acontece mesmo que, por vezes, o clinico não faz nenhuma constatação de lesões bacilares num doen-

te apresentando apenas algumas perturbações gerais, quando na verdade se trata duma bacilose oculta, não revelada clinicamente por qualquer localização. A tuberculose das crianças é, em regra, ou logo desde o início da infecção, ou pouco depois dêste, uma infecção sanguínea, contendo o sangue os bacilos que vão localizar-se nos diversos órgãos; é o que hoje está provado pelos trabalhos de Jousset e outros, que explicam a patogenia da bacilose infantil, na sua forma característica de infecção generalizada.

E a que será devida esta tendencia especial á criança da generalisação bacilar?

Se no adulto, á volta dum processo tuberculoso, os tecidos estabelecem em geral uma zona de defeza, uma verdadeira barreira fibrosa tendente a limitar a sua extensão, na criança, pelo contrario, essa tendencia é pouco acentuada, e se por acaso se forma em volta do ponto afectado uma zona de esclerose, esta é pouco consistente e dum momento para o outro romper-se ha, permitindo assim a difusão do mal.

Sob o ponto de vista anatomo-patologico, encontram-se na criança e sobretudo na primeira infancia, lesões tuberculosas com os mesmos caracteres que os do adulto, exceptuando a sua maior difusão. Alem de lesões nodulares formadas pelos tuberculos, encontram-se em regra, lesões d'aparencia banal que, não sendo sob o ponto de vista histológico especificas, resultam contudo, como as primeiras da acção do bacilo ou das suas toxinas. E são, por vezes, essas lesões não especificas, anatomo-patologicamente falando, de tal maneira preponderantes, que o diagnostico se torna difficil. São as chamadas formas inflammatorias, de uma maneira geral. As lesões nodulares revestem como no adulto trez aspectos: a granulação miliar ou granulação cinzenta, formada pelo agrupamento de varios foliculos, o tuberculo, de maior volume, duro, ou mais ou menos amolecido, e finalmente a infiltração tuberculosa, formada por uma massa de volume variavel, de consistencia mole, de côr amarelada.

A tuberculose na criança, ao lado de lesões parenquimatosas, apresenta sempre lesões do sistema linfa-

tico, que são duma importancia capital. Traduzem-se por adenopatias traqueo-bronquicas que são quasi constantes, adenopatias mesentericas, cadeias ganglionares superficiaes, etc. Essas lesões do sistema linfatico são por vezes tão evidentes, que constituem por assim dizer, atentando na fraca intensidade das lesões dos órgãos adjacentes, toda a doença. E' ao nivel dos ganglios linfaticos, provavelmente os primeiros atacados, que se estabelece a defesa do organismo contra a infecção tuberculosa, impedindo-a de progredir e, só quando essa defesa fôr vencida, é que a infecção sanguínea tem lugar, segundo a doutrina mais corrente. Essa participação do sistema ganglionar é tão constante e acentuada que, Parrot, traduziu esse facto por uma lei: quando existem tuberculos numa viscera, sempre se encontram volumosos ganglios caseosos na região ganglionar correspondente.

As lesões organicas mais importantes vão encontrar-se naqueles aparelhos que estão em via de desenvolvimento, naqueles cujas funções começam a surgir. Pelo contrario, os órgãos cuja actividade não principiou ainda, ficam relativamente indemnes.

Ao lado de lesões em actividade, a autopsia mostra, muitas vezes, focos meio extintos, antigos, que nos permitem seguir a evolução da tuberculose no organismo. Esses focos, a maior parte das vezes ignorados durante a vida do doente e que formaram com a sua parede fibrosa, verdadeiras prisões para os bacilos, num dado momento e sob uma dada influencia, deixaram escapar os bacilos aprisionados, provocando assim uma extensão ou uma generalisação do mal. A existencia daqueles velhos focos, indica-nos, como nos diz a lei de Buhl, que a tuberculose aguda é consecutiva ao despertar brusco dum foco antigo, ponto de partida da generalisação. Qualquer órgão profundo, um osso, uma articulação, pode ser a sede dessas tuberculosas latentes, discretas, que existem, o maior numero das vezes, ao nivel dos ganglios e em especial dos ganglios traqueo bronquicos. Segundo as ideias hoje dominantes neste assunto, a tuberculose do adulto será a revivescencia duma bacilose contraída na infancia, e que se revelou ou não, clinicamente, com evidencia; ordinariamente, as manifestações são parcas,

nas crianças, frequentemente com aspectos banais, que só um exame muito cuidadoso permite filiar numa etiologia tuberculosa.

Assim se pode avaliar a importancia que tem o diagnostico das formas pouco caracteristicas da bacilose nas crianças, para a prevenção das tuberculoses bem conhecidas dos adultos, e particularmente da sua forma mais corrente e devastadora—a tuberculose pulmonar.

Carece pois o clinico de conhecer as muito variadas localisações que a infecção bacilar tem na infancia, e os aspectos que a essa infecção são dados pelo caracter fundamental de distinção com a tuberculose do adulto, e que vem a ser, como dissemos, a tendencia á generalisação.

Esta é sobretudo acentuada na primeira infancia. Efectivamente, a partir da segunda infancia, a bacilose, ainda que capaz de produzir uma generalisação, tende a aproximar-se mais das formas do adulto, localisando-se mais, pelo menos aparentemente, e dando logar a localisações no aparelho respiratorio, nos órgãos abdominais e mais raramente nos aparelhos circulatorio e urinario, nos ganglios, ossos, articulações e pele, etc.

O obituario infantil, até aos cinco anos, na cidade do Porto, de 1893 a 1907, registou um total de 1.845 mortes por tuberculose, sendo 555 de localisação pulmonar (isto é, menos de um terço), 357 de forma meningea, e 933 das demais formas, tanto localisadas como generalisadas, devendo-se acentuar que as meningeas são, na realidade, formas generalisadas, miliares, com predominancia de fenomenos meningiticos. E ha ainda a notar que o obituario por formas não pulmonares da bacilose, é nestas edades desfalcado a favor de variadas afecções por traz das quais a tuberculose se esconde.

Quanto ás formas clinicas que a bacilose é susceptivel de apresentar, desde já se pode prever que elas devem ser muito variadas, em consequencia do primeiro caracter apontado, e que em todas elas os ganglios devem com frequencia tomar um papel importante. E' assim que os autores apresentam classificações as mais diversas, justamente por essa circunstancia da tuberculose infantil revestir as formas mais variadas.

Hutinel, como todos os autores, divide as formas clinicas da tuberculose infantil em dois grandes grupos: as formas agudas e as formas cronicas. O inicio clinico, consequencia de um periodo de tuberculisação latente, pode ser agudo ou insidioso, podendo ainda, neste ultimo caso, dar-se a aparição de fenomenos agudos, num dado momento da evolução da doença.

Nas formas agudas generalisadas, descrevem-se a granulia e as bacilemias tuberculosas, estas revestindo variados aspectos morbidos, desde as formas febris simples até ás tifoides. Por vezes, as formas agudas tem tendencia á localisação, dando bronco pneumonias, sindromas peritonias ou meningeos, etc.

Quanto mais nova é a criança, mais frequentes são as formas generalisadas. A' medida que vamos subindo na escala das edades, acentua-se a predominancia das formas localisadas, que é de regra no adulto. Mas, na infancia, as localisações tem sedes diversas nas suas preferencias. Só ao chegar á idade escolar, e mais acentuadamente ao avisinhar da adolescencia, a tuberculose pulmonar começa a ocupar o lugar importantissimo que tem na clinica de adultos.

Nas formas cronicas cumpre destacar as designadas por Marfan como tuberculose generalisada cronica apiretica e por Aviragnet como tuberculose cronica difusa, importantes sobretudo na primeira infancia. E' uma tuberculose sem localisações nitidas, em que os sintomas gerais são tudo ou quasi tudo. Mas, á medida que se trata de crianças com mais idade, as localisações desenhnam-se sobre o quadro dos sintomas gerais: nos ganglios ou nas visceras, no aparelho bronco pulmonar ou no abdomen.

Ha formas larvadas, afecções atraz das quais se simula a tuberculose, como crises de asma, certas bronco pneumonias, pleurisia agudas, dilatação dos bronquios, cirroses hepaticas, esplenomegalias, certas anemias, etc. A forma escrofula, tam interessante em clinica pedia-trica, está ligada á tuberculose por relações etiologicas indiscutíveis. As formas latentes em que a criança apresenta uma apparencia saudavel, sem que nenhum sintoma funcional atraia a atenção, ou apenas, em alguns casos

apresenta lesões dos ganglios traqueo bronquicos, foram já apontadas, como inicio das formas bem visiveis. Finalmente, não devem ser esquecidas as formas associadas e especialmente as da tuberculose com a sífilis.

Esta classificação de Hutinel dá bem ideia da multiplicidade de formas clinicas que se observa nas crianças.

A leitura de qualquer outro autor leva á mesma impressão. Assim, Aviragnet, no tratado de Grancher, faz a seguinte classificação das formas da tuberculose infantil: formas latentes e formas em evolução. As primeiras não se revelam por nenhuns sintomas apreciaveis a não ser os casos em que aparecem lesões dos ganglios profundos ou perifericos; as segundas, que pódem ser generalisadas ou localisadas, subdividem-se em agudas e cronicas. Nas agudas generalisadas, considera o autor a granulia e a tísica galopante; nas agudas localisadas, a pneumonia e a bronco-pneumonia tuberculosa.

Nas formas cronicas, de evolução lenta, considera o autor nas formas generalisadas, a tuberculose generalisada cronica apiretica de Marfan; nas formas localisadas, a tuberculose pulmonar, pleural, peritonal, dos ganglios traqueo-bronquicos, etc.

Weill considera as formas agudas e as formas cronicas evolutindo sem localisação precisa ou sem predominio sintomatico e, ao lado destas, as formas que ferem aparentemente, exclusivamente, os pulmões, meninges, abdomen, etc., e que são as formas localisadas.

Na tuberculose generalisada aguda, considera a forma granulica e a forma tifo-bacilar.

Na tuberculose generalisada cronica, apresenta o tipo de tuberculose descrito por Aviragnet sob o titulo de tuberculose cronica difusa e por Marfan sob o nome de tuberculose generalisada cronica apiretica.

Nesta multiplicidade de formas clinicas, a tuberculose abdominal ocupa, em clinica pediatria, um importante lugar.

Ela succede, em regra, a uma previa disseminação do agente da infecção, que tendo entrado pelo intestino ou pelo pulmão (as duas grandes vias de infecção bacilar) vai localisar-se nos órgãos abdominais. Da maior ou menor tendencia a uma perfeita localisação, depende a indi-

vidualidade de cada forma anatomo-clínica do processo tuberculoso. Mas desde já podemos acentuar, pelo que fica dito, que raras vezes o processo se limita, havendo em geral uma disseminação que subsiste, comquanto, clinicamente, a predominância dos sintomas abdominais leve ao rotulo de diagnostico-tuberculose abdominal.

*

* *

Sobre a etiologia da tuberculose abdominal, houve largas discussões relativas á importância dos contagios por via digestiva e gastro intestinal, e consequentemente á importância dos bacilos do tipo humano e do tipo bovino, na produção da doença.

As estatísticas relativas á frequência daqueles dois tipos de bacilos nas diversas lesões tuberculosas, apresentadas pela «Royal Tuberculose Comission» em 1912, por Rothe, na American Med. 1913, por Mitchell, no Arc. of. Ped. 1914, e ainda por outros autores, confirmam as conclusões seguintes apresentadas por Kossel no congresso de Roma, de 1912:

1.º Pelo tipo do bacilo, pode determinar-se a origem da infecção;

2.º A tuberculose pulmonar no homem é, com raras excepções, produzida pelo bacilo bovino;

3.º A origem da infecção é pois de homem para homem;

4.º A infecção de tipo bovino, pelo leite e derivados, tem um papel secundario na transmissão da doença.

Contudo, Salazar de Souza, entende que a 4.ª conclusão não devia ser tão limitada; não perde no entanto o valor que tem como indicativo do processo habitual de contágio da tuberculose na infancia.

II

Formas anatomo-clínicas da tuberculose abdominal

Muitas vezes se encontram nas crianças e sobretudo depois da primeira infância, as chamadas formas localizadas da tuberculose. Trata-se, umas vezes, de localizações bem claras em certos órgãos, pois que, ao exame clínico, sómente eles se mostram atacados. Outras vezes, as perturbações d'origem bacilar são tão ruidosas ao nível dum determinado órgão, que fazem passar para um plano muito secundario, outras manifestações da mesma origem. Nestes dois casos dizemos haver uma tuberculose localizada.

Os órgãos abdominais são sede muito frequente dessas localizações. A tuberculose abdominal forma um capítulo da patologia que não foi constituído apenas por indicações anatomo-patológicas; é um todo clínico, no qual se podem reconhecer diferentes formas, mas com caracteres comuns, e de modo que por vezes é difícil estabelecer a distinção entre essas formas. No entanto, são muitas vezes bem definidas e por isso se descrevem separadamente. Essas formas podem reduzir-se a trez, conforme a predominância de localização das lesões: a intestinal, a peritoneal e a mesenterica.

Pomos de parte, nesta descrição, as tuberculoses do fígado e do baço, por serem excepcionais como afecções primitivas, sendo as lesões destes órgãos, em geral, con-

secutivas ás formas da tuberculose abdominal sobre que incidiu o nosso estudo. Quanto á tuberculose renal, frequente como localização duma tuberculose miliar, disseminada, é muito rara na infancia como afecção isolada, sendo então, com toda a razão, estudada no capitulo das afecções do aparelho urinario, pois pela sintomatologia que apresenta não pode entrar no da tuberculose abdominal.

Tuberculose intestinal

É uma afecção de todos os periodos da infancia. A forma primitiva é relativamente rara, encontrando-se sobretudo entre um e cinco anos e existindo, segundo as estatisticas de Marfan, Woodhead, Fadyean, na proporção de $8/100$ nos casos de tuberculose observados naquelas edades. E' devida á ingestão de alimentos bacilíferos, principalmente do leite, deglutição de poeiras contendo bacilos, etc. O mais habitual, é a tuberculose intestinal ser secundaria a outras lesões da mesma origem, em órgãos afastados e principalmente do pulmão. Incriminamos neste caso os escarros bacilíferos, deglutidos pelas crianças atingidas de tuberculose pulmonar. Quanto mais nova é a criança, mais rara é nela a tuberculose intestinal primitiva. O leite parece não ter aqui a importancia que como factor infectante reveste na produção da tuberculose de forma peritonial ou mesenterica.

A infecção da parede digestiva pode realizar-se noutros casos por via sanguínea e é o que acontece na granulía, ou então por propagação, na peritonite tuberculosa.

A pululação dos bacilos é auxiliada grandemente pela existencia de doenças anteriores, como as gastroenterites, a febre tifoide, etc.

As lesões tem predileção pela porção terminal do iléon. Consistem em tuberculos ou granulações e ulcerações resultantes da fusão dos tuberculos. As ulcerações apresentam-se sob uma forma arredondada ou oval, do tamanho duma lentilha. A mucosa, ao seu nível, apresenta uma perda de substancia de bordos desiguais, finamente denteados. Ulteriormente vão progredindo e

pela reunião com as visínhas podem formar perdas de substancia bastante extensas. Essas ulcerações podem dar em resultado uma perfuração intestinal, uma peritonite, uma estenose cicatricial, uma hemorragia.

Os sintomas da tuberculose intestinal nem sempre são muito característicos. A associação frequente da tuberculose dos ganglios mesentericos e do peritoneo, a diversidade das lesões, o facto da localisação intestinal ser, umas vezes primitiva, outras vezes secundaria á tuberculose doutros órgãos, os pulmões sobretudo, fazem revestir aquella afecção de uma grande multiplicidade de aspectos clinicos. Limitar-nos-hemos á forma mais corrente, a que é de observação mais frequente: a tuberculose chronica ulcerosa.

E' a diarreia o sintoma mais caracteristico, mais vulgar. Pode ser de maior ou menor abundancia, ou faltar mesmo e ser substituida por meteorismo e obstipação. As fezes são liquidas, acinzentadas, podendo por vezes tomar uma cor escura devida a pequenas hemorragias; são muito fetidas, podendo ser lentericas, isto é, encerrar alimentos não digeridos. Ao exame microscopico podem evidenciar-se o bacilo de Kock, globulos de pus, hemorragias occultas.

A dor, que ás vezes é violenta, pode ser espontanea ou provocada, quer pela ingestão dos alimentos, quer pela pressão abdominal, predominando ao nivel da fossa iliaca direita, ponto correspondente ao maximo das lesões. Pode ser continua ou sob a forma de colicas.

O exame do abdomen mostra-nos que este, podendo ser normal o mais das vezes, quando a tuberculose se limita ao intestino, pode, no caso de invasão simultanea do peritoneo ou dos ganglios mesentericos, o que acontece com frequencia, apresentar modificações relativas a essas afecções.

Quanto ao estado geral, a criança emmagrece rapidamente, apresenta anorexia, astenia profunda, tocando por ultimo á caquexia tuberculosa com febre hectica.

A evolução é rapida, geralmente. Dura, segundo Rilliet e Barthez, em media, duas a seis semanas, quando a diarreia é abundante, e de um a quatro mezes, quando pouco intensa. A morte pode resultar ou da ca-

quexia ou de qualquer das seguintes complicações: uma hemorragia intestinal abundante, uma perfuração intestinal ou uma invaginação do intestino.

Assim, o prognostico é grave nas formas ulcerosas. Quer a alimentação, quer a terapeutica são prejudicados intensamente pelo estado ulcerativo da mucosa. A diarreia por outro lado, concorre pelas perturbações gerais que traz consigo para a evolução fatal da doença.

O diagnostico pode ser delicado. Muitas vezes diante duma criança portadora duma diarreia cronica, o medico fica embaraçado e sobretudo se a criança não é portadora, pelo menos na apparencia, de sinais de tuberculose, no diagnostico da lesão causal daquela diarreia. Será devida a lesões bacilares do intestino, tratar-se-ha duma simples gastro enterite cronica ligada a desvios de hygiene alimentar, tratar-se-ha mesmo duma diarreia motivada num tuberculoso, por lesões não especificas do intestino? Experimentando um regimen dietetico e uma terapeutica apropriada, se a diarreia persiste ou se agrava, e se se trata de um doente com sinais de tuberculose ainda que discretos, deve-se pensar no ataque do intestino pelo bacilo de Kock.

Algumas palavras apenas sob outras formas clinicas cujo conhecimento é indispensavel para a diagnose. São, seguindo a classificação adoptada por Hutinel, as seguintes: tuberculoma hepertrofico do ceco, raro na criança; esclerose tuberculosa, com o quadro das estenoses intestinaes de evolução lenta: granulia, no decorrer duma tuberculose aguda, miliar; tuberculose do apendice cecal, que pode revestir o tipo da apendicite aguda verdadeira; forma peritonio entero mesenterica, caracterisando-se por sintomas de peritonite tuberculosa e de tuberculose dos ganglios mesentericos. A fazer transição para estas diversas formas, estão as perturbações digestivas nos casos de tuberculose pulmonar, ou com outra qualquer localisação. E' bem sabido que, seja qual fôr a sede do processo tuberculoso, ha perturbações gastro-intestinaes, por vezes muito acentuadas. E na criança mais o facto é admissivel, dada a tendencia á generalisação que constitue, como dissemos, um dos seus principais caracteres.

Duma maneira geral, o tratamento da tuberculose intestinal consiste num regimen alimentar apropriado, em que entrarão sobretudo, o leite esterilizado, a carne crua, os ovos. A terapeutica medicamentosa, puramente sintomatica, procura combater a diarreia pelo bismuto, o tanigenio, o opio, o acido lactico. Por vezes será necessario o tratamento cirurgico, nas formas hipertroficas e estenosantes, em certas formas de apendicite, apesar de que os sucessos tem sido raros. Na Alemanha estão em voga os sais de metais pesados: bismuto (salicilato, dermatol), o chumbo (acetato).

Peritonite tuberculosa

E' a peritonite tuberculosa uma afecção frequente na infancia e sobretudo dos seis aos doze annos (Marfan, Méry). Pode contudo apresentar-se abaixo dessa idade. Os seus portadores podem apresentar-se, aparentemente, indemnes doutras localizações e é raro observa-la secundariamente a uma tuberculose doutros órgãos, como os pulmões, ganglios traqueo bronquicos, etc.

Para a constituir, o bacilo de Kock, para chegar ao peritoneo, pode seguir varias vias: por propagação directa dum foco tuberculoso vizinho (a tuberculose intestinal, dos ganglios mesentericos, podem complicar-se de peritonite tuberculosa); por via linfatica, quando existe uma tuberculose pulmonar, pleural, pelas relações intimas que ligam á pleura o peritoneu (a maior parte das vezes a tuberculose pleural é consecutiva ou simultanea á tuberculose peritonal, apesar de que Geoffert sustenta que a infecção peritonal tem muitas vezes um ponto de partida pleural); por via intestinal (Méry que atribue a maior frequência da peritonite tuberculose na infancia á alimentação pelo leite carregado de bacilos, admite, com alguns autores, a teoria da infecção do peritoneo sem focos tuberculosos primarios, atravessando os bacilos a mucosa intestinal sem a lesar, e passando pelos linfaticos para o peritoneu); por via sanguinea, como em certos casos de granulia (Marfan considera a infecção peritonal como resultante de bacilemias ligeiras e discretas cujo

ponto de partida estaria nos ganglios mediastinicos, mesentericos, caindo os bacilos no canal toracico ou na grande veia linfatica, chegando assim ao sangue e por este ao peritoneo.) Se cada uma destas doutrinas pode ser verdadeira, é natural que as vias de infecção sejam multiplas, em muitos casos. Seja como fôr, a tuberculose peritonial é a consequencia duma disseminação de granulações miliares no peritoneu.

Pondo de parte a peritonite tuberculose aguda, a anatomia patologica da peritonite tuberculosa cronica, pode mostrar-se sob trez aspectos: a forma ascitica, a forma fibro caseosa e a forma fibro adesiva,

A forma ascitica pode comparar-se á pleurisia serosa tuberculosa com a qual se associa por vezes formando a tuberculose pleuro peritonial; é caracterisada essencialmente pela presença de liquido sero fibrinoso no peritoneu, e que pode ser muito abundante, atinjindo por vezes dez litros; encontram-se granulações tuberculosas naquella serosa, e em volta delas o peritoneu está despolido, tapetado por um exsudato fibrinoso.

A forma fibro caseosa caracteriza-se pela existencia de aderencias multiplas entre as visceras e a parede abdominal, entre as ansas intestinais e os outros órgãos do abdomen; essas aderencias contendo granulações e massas caseosas, limitam aqui e ali, por vezes, loculos contendo um liquido, quer sero fibrinoso, quer sero purulento, ou mesmo pus caseoso. Na forma fibro adesiva que pode ser o resultado duma forma ascitica cujo liquido se resorveu, ha uma verdadeira sinfise fibrosa peritonial, reunindo os órgãos entre si e á parede abdominal.

A sintomatologia é variavel, conforme a localisação. Na *forma ascitica*, é a ascite o principal sintoma: o ventre é mais ou menos volumoso, conforme a abundancia do derrame, tenso, sensivel á apalpação, a pele é branca, lisa, com uma rede venosa nem sempre muito apreciavel. E' de regra ser o liquido ascitico, abundante em linfocitos.

O estado geral é diversamente alterado na forma ascitica, segundo cada caso: em regra, ha emmagrecimento, a temperatura quando existe, não é muito elevada, muitas vezes ha perturbações digestivas com perda d'appetite,

nauseas, vomitos, alternativas de diarreia e obstipação. A ascite pode resorver-se ou persistir durante mezes, com alternativas de aumento ou de diminuição. Por fim, a ascite desaparece e a criança cura, ou então esta forma de peritonite transforma-se em peritonite caseosa ou fibro caseosa.

Na *forma fibro caseosa* pode existir ascite que, uma vez resorvida, deixa perceber á apalpação do abdomen, nodosidades duras de volume e numero variavel; podemos ter a sensação dum empastamento difuso. Ha zonas, á percussão, sonoras, no meio da maciçez, devidas á fixação do intestino á parede abdominal por adherencias. O abdomen é sensível á pressão ou espontaneamente; por vezes ha crises dolorosas. As perturbações digestivas consistem em diarreia, que é habitual, o apetite é variavel, as digestões são lentas e penosas. O estado geral torna-se cada vez pior; existe por vezes uma febre irregular; a criança caquetisa-se cada vez mais. A afecção termina habitualmente pela morte, mas pode regressar e curar.

A *forma fibro adesiva*, succede em geral á forma ascitica ou fibro caseosa. O ventre apresenta-se retraído; á apalpação percebem-se massas duras, desiguaes, imoveis. A' percussão encontramos zonas de maciçez alternando com zonas mais claras. A caquexia, o emmagrecimento nesta forma, apparecem progressivamente, mas lentamente. E' de regra a apirexia. Devido á sinfise peritonial, a obstipação é geralmente pertinaz.

Alem de complicações devidas ao ataque dos outros órgãos pelo bacilo de Kock, realisando a tuberculose pulmonar, pleural, dos ganglios traqueo-bronquicos, etc., que se podem dar em todas as formas da tuberculose peritonial, podem sobrevir as seguintes: na forma caseosa, a abertura de bolsas purulentas enquistadas nos órgãos visinhos, intestinos, bronquios, ou a sua saída atravez do umbigo; na forma fibro adesiva, accidentes de compressão, realisando do lado do intestino, a oclusão intestinal, do lado das veias cavas ou iliacas, edemas dos membros inferiores, etc.

O prognostico é benigno, relativamente, na forma ascitica, que cura com frequencia, quando se não trans-

forma nas outras duas formas. Nestas, o prognostico torna-se muito grave pela caquexia progressiva que leva o doente á morte.

O diagnostico, é facil, o mais das vezes. Mas acontece haver crianças que podem apresentar um sindroma pseudo ascitico simulando a peritonite tuberculosa ascitica. As endocardites e a sinfise cardiaca podem provocar ascite, mas só quando o edema dos membros inferiores é muito acentuado.

Os sarcomas abdominais com ou sem ascite, podem passar por tuberculosos peritoniais, mas aparecem de preferencia na primeira infancia, em que são raras as peritonites tuberculosas. Pode confundir-se, por vezes, uma peritonite de pneumococos, com a peritonite tuberculosa, mas pela evolução e pelos sintomas proprios á primeira afecção, podemos eliminar a segunda hipotese.

Quanto a tratamento, nas formas asciticas, é preciso repouso; não se deve fazer a punção evacuadora, a não ser que a quantidade de liquido se torne, pelo seu volume, incomoda, ou não tenha tendencia á regressão. De resto, deve fazer-se, como nas outras formas, o tratamento geral da tuberculose; sede no campo ou á beira mar que traz $\frac{61}{100}$ de curas segundo Ch. Leroux, mas que é contra indicado nas formas febris, alimentação substancial, acautelando contudo as funções digestivas; o oleo do figado de bacalhau, o xarope iodotânico, completam o tratamento. Pode fazer-se a revulsão do abdomen com tintura d'iodo, unções com oleo gaiacolado a $\frac{10}{100}$. Faz-se o tratamento sintomatico da diarreia, da obstipação. Na forma fibro adesiva sobretudo, é quasi ineficaz todo o tratamento: o mal vae evolucionando sempre. Em casos particulares de bolsas enquistadas, purulentas, com tendencia á abertura atravez da parede abdominal, pode ser indicada a laparotomia, mas os seus resultados não são animadores.

Tuberculose dos ganglios mesentericos

E' uma afecção frequente na infancia e maior é esta frequencia se considerarmos os casos de tuberculose oculta dos ganglios mesentericos que varios autores,

entre os quaes Weichselbaum e Bartel, Calmette, Kuss e Nobécourt, tem constatado. Se ha casos em que a tuberculose mesenterica parece estar unicamente limitada aos ganglios, esse facto é raro, e habitualmente, esta forma de bacilose, está associada a lesões tuberculosas doutras regiões, nomeadamente do intestino.

Os ganglios podem ser invadidos: por via sanguinea, quando a tuberculose mesenterica é secundaria á tuberculose doutros órgãos; por propagação directa dum foco tuberculoso vizinho; por via intestinal, sobretudo, quer o intestino seja atacado primeiramente, quer o bacilo de Kock atravesse o intestino sem lhe provocar lesões visiveis, para se implantar nos ganglios (Dobroklowsky, Tchictowitch.). Dos mesentericos, a infecção passa para os ganglios retro-peritoniais.

Como lesões anatomo-patologicas encontramos ao longo da inserção intestinal do mesenterio, bem como no angulo ileo-cecal, alguns ganglios hipertrofiados, cujo volume varia desde o duma lentilha ao duma cereja, podendo mesmo atingir proporções muito mais consideraveis. O grau das lesões dos ganglios varia, desde os que se apresentam apenas tumefactos, vermelhos, mostrando ao corte alguns pequenos tuberculos, até aos que se encontram em via de caseificação, ou mesmo tendo sofrido a degenerescencia caseosa. Podem-se encontrar tambem tuberculos cretaceos, formas essas que indicam um processo de cura. São emfim, as lesões que caracterisam a infecção de todos os ganglios em geral.

A tuberculose mesenterica apresenta uma symptomatologia muito pouco caracteristica e muitas vezes, como succede com a forma latente, tão habitual, não ha sintomas clinicos que a demonstrem, e apenas á autopsia se faz o diagnostico. A criança não se queixa, em geral, de dor no abdomen, conserva o appetite e apresenta frequentemente diarreia que se deve attribuir antes a lesões ulcerativas do intestino, concomitantes. Umas vezes, o estado geral do pequeno doente é pouco perturbado quando existe apenas a localisação mesenterica da bacilose; outras vezes, a criança apresenta, precedendo os sinais locais, os sinais proprios da tuberculose cronica: palidez, emmagrecimento, hipertrichose, etc.

O ventre que por vezes é normal ou retraído, pode mostrar-se volumoso e apresentar uma rede venosa mais ou menos desenvolvida; a apalpação dá, o mais das vezes, resultados negativos, mesmo para os ganglios volumosos, mas podemos na verdade encontrar (Rilliet e Barthez, Carrière) profundamente, tumefacções de maior ou menor volume, situadas na vizinhança do umbigo e dotadas por vezes duma certa mobilidade. A presença do intestino á frente dos ganglios é que forma uma especie de coxim que impede que sintamos os ganglios. O baço apresenta-se, em geral, hipertrofiado.

A marcha da tuberculose mesenterica depende, no caso de estar associada a outras lesões tuberculosas, da marcha destas. No caso de ser isolada, torna-se impossivel determinar a sua duração. E' uma doença curavel e os casos de morte são devidos antes a uma complicação ou uma generalisação tuberculosa.

E' sempre difficil fazer o diagnostico da tuberculose mesenterica, a não ser que se constatem ganglios hipertrofiados pela apalpação abdominal, unico sinal de verdadeiro valor e difficil de verificar muitas vezes. Neste caso e conjugando com os sinais locais e gerais acima descritos, podemos suspeitar a existencia daquela afecção.

Pode-se confundir a tuberculose dos ganglios mesentericos, quando se encontram massas á apalpação, com tumores abdominais, sobretudo sarcomas, mas estes são mais volumosos; uma simples acumulação de materias fecais, pode simular aquella forma de tuberculose, mas um purgativo faz desaparecer essa duvida. Mas, sobretudo, a distincção torna-se difficil com a peritonite tuberculosa, porque estas duas afecções coexistem muitas vezes.

O tratamento é o das adenopatias tuberculosas: beira-mar, banhos de mar, boa alimentação; administrar o oleo de figado de bacalhau, o xarope iodotânico, o arsenio, com moderação, porquanto é preciso, no caso de perturbações digestivas, poupar o mais possivel essa via.

Como em todas as formas de tuberculose abdominal, a helioterapia local está indicada, e a ela se atribuem sucessos que não é possivel obter com outros meios therapeuticos.

III

Casos clínicos

Exemplifiquemos com algumas observações clínicas a exposição que acaba de ser feita. São os casos de tuberculose abdominal que apareceram no ultimo ano lectivo no serviço de Pediatria do Hospital de Santo Antonio, uns ficando em tratamento na consulta externa, tendo outro sido internado na enfermaria respectiva. No exame dessas observações, comparado com o que vem sobre o assunto nos tratados de pediatria se calcou a referida exposição.

OBSERVAÇÃO I

J. da S. L., de 11 anos—17—3—21. Enfermaria n.º 9 do Hospital de Santo Antonio. O doente apresenta-se num estado de profunda emaciação, com palidez notavel, o aspecto triste, abatido. Tem hipertricrose palpebral, poliadenia, pele sêca, rugosa, em descamação em muitas partes do corpo.

De tempos a tempos é atacado por uma tosse pouco violenta, seguida de expectoração muco-purulenta. Queixa-se de epistaxis, suores nocturnos, dores no abdomen e torax. Apresenta uma rede venosa visível e particularmente desenvolvida na região supra pubica.

O seu abdomen é volumoso, muito tenso; a sua apalpação, mesmo superficial, causa dores fortes ao doente. A' volta do umbigo, uma zona eritêmata. A' percussão

do abdomen obtivemos maciçez generalizada. Os testículos estão distendidos, volumosos relativamente. O doente tem diarreia pouco intensa. Encontramos no aparelho pleuro pulmonar, sinais de derrame pleural á esquerda, e que subia, á frente, até ao 3.º espaço intercostal. O figado, doloroso, impossivel de apalpar, por motivo da forte tensão abdominal.

O doente tem appetite. O pulso é hipotenso, regular, taquicardico (104 pulsações por minuto); tem febre pouco elevada (37,º6 de manhã e 38,º3 á tarde).

Historia da doença

O doente nunca gosou de uma saude perfeita. Os seus padecimentos remontam aos primeiros anos da vida, embora cortados por periodos de melhoras. Porque a mãe não o podesse amamentar, foi enviado para uma ama, a qual deixou ao fim dum ano, para vir para casa num estado de profunda emaciação. Aos quatro anos teve hemorragias pelo nariz e ouvidos, aparecendo-lhe umas pintas escuras pelo corpo. Desde essa idade nada de importante apresentou alem da palidez e magreza habituaes.

Em junho de 1920, o emmagrecimento começou dia a dia a acentuar-se, a palidez aumentou igualmente; o doente tornou-se triste, começando a importuna-lo uma tosse sêca. Tinha suores nocturnos, periodos de anorexia. Queixava-se de dores no ventre; tinha diarreia. Andou assim, neste estado, até que ha perto de dois mezes, lhe appareceu uma pontada forte no torax, faltando-lhe por vezes o ar. O ventre começou a avolumar cada vez mais. Tinha periodos de diarreia de obstipação. Os testiculos começaram a aumentar de volume. Entrou finalmente no Hospital num estado de definhamento notavel.

Antecedentes pessoais

Nada de importante apuramos alem do que já foi dito a proposito da historia da doença.

Antecedentes hereditarios

O pae padece do estomago e duma bronquite cronica. A mãe queixou-se em tempos do peito, tendo tido já hemoptises. Teve nove filhos, dos quaes trez abortos e trez morreram com a meningite. Os restantes são muito fracos.

Evolução

Em 21/III, o doente, que apresentava pequenas elevações de temperatura, está agora perfeitamente apiretico. O ventre tem diminuido pouco a pouco de volume; as dores abdominaes tem diminuido igualmente. A' percussão do abdomen, percebem-se algumas zonas de som mate alternando com zonas de som mais claro. O derrame pleural esquerdo tem diminuido. Os testiculos retomaram o seu volume normal.

Em 27/III, o abdomen encontra-se mais abatido, menos doloroso. Percebem-se mais distinctamente, zonas variaveis de som mate e som mais claro. O derrame pleural desapareceu.

Em 1/IV, sente-se uma sensação de empastamento á direita do umbigo. O figado, doloroso; dores epigasticas e no hipocondrio esquerdo com os alimentos. O abdomen, menos doloroso. Diarreia pouco frequente.

Em 7/IV, o doente tem alta, muito melhorado dos sintomas que apresentava á entrada, mas com a sua doença em evolução. Informes posteriores dizem que esta continua progressivamente para a caquexia final.

Tratamento

Emquanto esteve hospitalizado, foi-lhe administrada tintura de kola e cloreto de calcio em pequenas doses. Fez, na enfermaria, algumas sessões de helioterapia local.

*

Pela sintomatologia descrita no estado atual do doente, bem como na evolução da doença, estavamos

em presença dum caso de tuberculose peritonial de forma fibro caseosa, transformação duma forma ascítica anterior. Concorreram para este diagnostico, não só o estado geral do doente, indicativo da infecção do seu organismo pelas toxinas tuberculosas, como o exame local do abdomen.

Pela primeira vez que examinamos o doente, o que mais nos feriu a atenção foi, além do seu mau estado geral, o aumento de volume do ventre, a maciçez abdominal com dores espontaneas e á apalpação, e a presença dum derrame pleural esquerdo. Lembrando-nos da ascite, procuramos os seus sinais classicos que não encontramos. Mas não puzemos por isso de parte a existencia possivel do derrame peritonial, porque este podia ser pouco abundante na ocasião do exame e portanto de difficil investigação. A existencia do derrame pleural mais nos reforçou aquella ideia, sabendo como sabemos, das relações que, por meio dos vasos linfaticos, ligam as duas serosas, peritonial e pleural.

Esperamos que a evolução da doença nos elucidasse mais. Efectivamente, o ventre do doente foi diminuindo pouco a pouco de volume, o derrame pleural desapareceu mesmo, o estado geral do doente manteve-se, exceptuando a febre que desapareceu. A' percussão do abdomen, notavam-se distintamente zonas de som claro, alternando com zonas de som mate; á direita do umbigo, uma sensação de empastamento. Estes sinais levaram-me á conclusão de que o doente era portador duma tuberculose peritonial de forma fibro caseosa.

Para chegarmos a este diagnostico eliminamos as principaes afecções que poderiam dar um aumento de volume do ventre. Assim, a tuberculose mesenterica que, por vezes, dá aumento do ventre e massas á apalpação abdominal, puzemo-la de parte, atendendo principalmente não só ao mau estado geral, pouco proprio duma simples tuberculose mesenterica, como tambem á existencia quasi certa da ascite no nosso caso e que se não encontra naquella afecção.

Os sarcomas abdominaes podem simular a peritonite tuberculosa pelo aumento de volume do ventre, pela ascite, quando esta existe, pela presença de massas abdominaes á apalpação, mas são uma afecção tão pouco

frequente na infância, quanto é vulgar a peritonite tuberculosa. Aparecem sobretudo na primeira infância, em que a peritonite tuberculosa é relativamente rara, e são o mais das vezes consecutivos a outras localizações morbidas, seu ponto de partida. A sua evolução é rápida.

O prognostico a estabelecer no nosso caso era reservado o mais possível. Na verdade a tuberculose peritonial de forma fibrocaseosa é susceptível de regressar e curar, deixando como vestígios aderencias fibrosas, mas isto é pouco habitual. O frequente é o doente morrer vitimado, quer pela infecção tuberculosa peritonial sozinha e a mais evidente, quer pelo ataque futuro doutros órgãos pelo bacilo de Kock.

O estado geral mau do nosso doente, não era indicador duma longa sobrevida e de facto as informações posteriores confirmaram esse prognostico ao mesmo tempo que validaram o diagnostico feito.

OBSERVAÇÃO II

Consulta em 2—4—21. S. M. F., de 9 anos de idade, apresenta um profundo emmagrecimento, palidez extrema, astenia, labios secos, crestados, lingua saburrosa. Tem obstipação tenaz, micropoliadenia axilar, inguinal e cervical, hipertricrose, pulso taquicardico (146 pulsações por minuto) hipotenso, pequeno.

Tem febre, criestesia, pele rugosa, seca, em descação no abdomen.

O ventre apresenta-se retraído, está tenso, duro, doloroso ao mais pequeno toque e sobretudo na fossa iliaca direita e abaixo do umbigo. Apresenta o abdomen uma maciçez distribuida um pouco irregularmente, accentuada ao nível da fossa iliaca direita e abaixo do umbigo.

A' apalpação, uma massa dura na fossa iliaca direita, sensação de rugosidades no abdomen. Sente-se a saliencia do colon ascendente que se encontra dilatado. Região hepatica dolorosa; rudeza respiratoria nos vertices pulmonares.

Historia da doença

Pelo Natal, a pequena doente que até ali gosava de uma saúde regular, começou a ter fastio, a emmagrecer e a ser importunada por uma tosse seca. Dahi em diante acentuou-se o emmagrecimento, a anorexia. Ha perto de trez semanas, o abdomen avolumou, tornando-se doloroso espontaneamente.

A obstipação que existia antes, mas não muito accentuada, aumentou de forma que já não tinha as suas dejecções sem o clister. Nas raras vezes que defecava, as fezes eram duras, claras, com grumos esbranquiçados. Por vezes tinha crises de diarreia. Apareceram vomitos. O ventre diminuiu de volume até ficar normal, persistindo as dores, fortes, a obstipação, a anorexia.

Antecedentes pessoais

Nada importante.

Antecedentes hereditarios

O pae teve variados accidentes venereos; a mãe sofre do peito, tendo tido já hemoptises. Teve quinze irmãos dos quaes doze morreram, alguns com a meningite. Dos vivos, um é escrufuloso, os outros, teem varias erupções pelo corpo.

Evolução e tratamento

Da quasi certa incurabilidade da doente foi avisada a familia. Foram aconselhados os meios suaves de evacuação intestinal (clisteres, purgantes, laxativos) e a helioterapia local. Foi ministrada uma preparação iodada, e a pintura da parede abdominal, por zonas, com tintura d'iodo.

A doente voltou algumas vezes á consulta, durante poucas semanas, mantendo-se no mesmo estado.

*

Alem dos sintomas gerais duma infecção tuberculosa, a doente apresenta uma sintomatologia abdominal bastante marcada para que não hesitássemos no diagnostico a pôr. Trata-se duma forma fibro adesiva da tuberculose peritonial. Os elementos de que nos aproveitamos para chegar a essa conclusão, foram principalmente os seguintes: ventre retraído, doloroso, tenso, com rugosidades á apalpação, uma massa dura na fossa iliaca direita, zonas de maciez distribuidas irregularmente pelo abdomen e alternando com zonas de som mais claro. Alem destes sintomas, é para salientar a obstipação tenaz de que a doente é portadora e que se explica pela sinfise peritonial.

E' provavel que esta forma de peritonite tuberculosa tivesse sucedido á forma ascitica ou fibro caseosa, porquanto na historia da doença vemos que, tres semanas antes do exame, a doente, que já apresentava sintomas gerais duma infecção bacilar, começou a sentir dores no abdomen que se tornou pouco a pouco mais volumoso. Mais tarde foi diminuindo até apresentar o volume atual.

Ponho de parte as doenças que mais poderiam simular esta afecção, como a tuberculose mesenterica e os sarcomas abdominais, porque o ventre retraído e a obstipação tenaz da forma fibro-adesiva, entre outros elementos, alguns dos quaes já apontados a proposito do primeiro caso, são suficientes para arredar essa suspeita. Por vezes uma criança obstipada, com sibalas á apalpação, pode fazer-se passar por uma portadora daquella afecção, mas, um purgante, faz arredar logo tal hipotese.

O prognostico a estabelecer no nosso caso é dos mais sombrios, quer pelas complicações que a tuberculose peritonial fibro adesiva pode trazer á doente, quer pelas perturbações da digestão e da nutrição que ela arrasta e que levam á caquexia e finalmente á morte.

O tratamento, precario, é, como para a forma fibro caseosa, o tratamento geral da tuberculose e a helioterapia local auxiliada por applicações (iodo, gaiacol) medi-

camentosas; de resto, tem de ser sintomatico, sobretudo da obstipação tenaz que tanto importuna o nosso doente.

OBSERVAÇÃO III

Consulta de Pediatria em 1—4—21. A. R. C., de 4 anos de idade, apresenta-se bastante emaciado, com a pele um pouco palida. Destaca-se logo o volume exagerado do ventre, globuloso, e que não era muito duro, mas resistia á apalpação profunda, que provocara dores. Palpando o abdomen, percebe-se um empastamento periumbilical e os dedos parecem sentir, cerca da linha mediana, acima do umbigo, bem como á direita deste, massas arredondadas, duras, rolando sob o dedo, que são infartos linfaticos. O doente tem diarreia pouco abundante, que é irregular na sua intensidade, de dias para dias. Tem appetite. A' radioscopia encontraram-se ganglios mediatínicos hipertrofiados, principalmente á direita. Micropoliadenopatia.

Historia da doença

O doente sofreu de diversas enterites; o seu abdomen foi igualmente sempre mais ou menos volumoso, mas, ha algum tempo, notou a mãe que ele aumentava sensivelmente. Veio ao Dispensario da Assistencia aos Tuberculosos em 26-11-21, apresentando a sintomatologia que apurei um mez mais tarde; quer dizer, o estado da doente era o mesmo. Apenas lhe tinha passado uma bronquite de que sofrera em março. O peso mantinha-se estacionario, entre 12,^K500 e 13,^K000.

Antecedentes pessoais hereditarios

Nada de notavel pude apurar sobre antecedentes hereditarios; a mãe é de fraca constituição, mas sem doença visivel, e diz que o pae da doente é um homem saudavel. Teve ela 3 filhos, um dos quaes lhe morreu cedo, com uma enterite; o outro é saudavel. O nosso doente teve o sarampo e a variola.

Evolução e tratamento

Com alternativas de diarreia e de regular estado geral, mas sempre abatido e impertinente, manteve-se sensivelmente no mesmo estado até que, nos últimos dias de maio, começou a ter febre, a perder o apetite, e a queixar-se de dores de cabeça. Estes sintomas aumentaram de intensidade, sobrevindo algumas convulsões e no dia 7 de junho o doente falecia. Estes informes foram dados pela mãe, porque a última vez que o doente veio à consulta, foi em 2 de junho, apresentando-se com o aspecto do costume, mas com temperatura a 38.º e o ventre mole, deixando perceber, sob o umbigo, ganglios duros, volumosos, profundos. O peso descera a 12,000. Tinha sido medicado com uma poção iodotânica e fosfato tricalcico. Foi aconselhada a helioterapia local.

*

Apresentava este doente um quadro sintomático indicativo, por alguns dos seus caracteres, duma infecção tuberculosa com localização abdominal e especialmente dos ganglios mesentericos. Se é bem certo que os sintomas duma tuberculose mesenterica são o maior numero das vezes completamente ausentes, por isso mesmo que a situação daqueles ganglios numa cavidade de paredes elasticas lhes permite um desenvolvimento facil, sem causar compressões d'orgãos, o que não acontece por exemplo com os ganglios traqueo bronquicos, também é certo que essa afecção tem algumas vezes, num certo periodo, certos sinais que nos permitem chegar ao seu diagnostico. Assim, a constatação numa criança com alguns sintomas gerais de tuberculose, de massas volumosas, duras, profundas, periumbilicais e na linha mediana, á apalpação, com alguns sinais accessorios, como o aumento do volume do ventre, existencia de diarreia irregular, aliado tudo isto a um estado geral que não é mau, pode-nos levar ao diagnos-

tico de tuberculose dos ganglios mesentericos. Foi este o quadro clinico que o doente apresentou quando pela primeira vez o vimos na consulta. E' de notar a frequencia com que aparecem, nestes casos, as perturbações intestinais.

A doença foi progredindo até que, devido a uma generalisação tuberculosa aguda, cujo ponto de partida estaria provavelmente ao nível dos ganglios mesentericos, e traduzida por febre, anorexia, cefalalgia, convulsões, o doente faleceu.

A afecção que poderia mais verosimilmente simular a tuberculose dos ganglios mesentericos, seria a peritonite tuberculosa de forma fibro-caseosa que coexiste muitas vezes com ela. A presença de massas volumosas peri-umbilicais e acima do umbigo, na linha mediana, a não existencia de zonas irregulares de maciez que se encontram tão frequentemente na tuberculose fibro caseosa, levaram-nos a pensar antes na tuberculose mesenterica. E' claro que não negamos que podesse coexistir com a tuberculose fibro caseosa, somente não encontrei os sinais proprios, classicos, desta ultima afecção peritonial.

Outras doenças podiam simular a tuberculose dos ganglios mesentericos. Pondo de parte os sarcomas abdominais cujos caracteres já aponte a proposito dos outros dois casos, ha que lembrar o megacolon ou doença de Hirschsprung. Esta afecção traduz-se num certo grau da sua evolução por um ventre volumoso; á palpação do abdomen percebem-se as ansas colicas dilatadas, tumores estercoraes na fossa iliaca esquerda ou no recto. O estado geral é mau: palidez, agitação, convulsões, caquexia. E' neste periodo que podemos confundir esta doença com uma tuberculose dos ganglios mesentericos, como podemos confundir com uma tuberculose peritonial.

*

Estes 3 casos, pertencentes a 3 variedades de tuberculose abdominal, exemplificam as relações intimas que

entre elas existem, clinicamente. Não tivemos ocasião de observar outros, mas estamos certos de que confirmariam também o conceito da tuberculose abdominal como um todo morbido, subdividível em formas diversas nas suas modalidades mas semelhantes por caracteres comuns. A visinhança das formas fibro-adesiva e fibro-caseosa da peritonite é tam marcada, que os autores alemães as descrevem sob uma unica rubrica, a de tuberculose adesiva.

IV

Em conclusão

Da exposição feita e da analyse das observações clinicas, podem tirar-se as seguintes conclusões:

I—A tuberculose abdominal resulta, em regra, de uma disseminação bacilar consecutiva a uma tuberculose local de importancia clinica reduzida, sendo umas vezes a infecção feita por via digestiva, mas mais frequentemente por via respiratoria.

II—A tuberculose abdominal é, em geral, uma afecção da segunda infancia ou do começo da terceira, por na primeira infancia a tendencia á generalisação tornarraras as localisações viscerais, bem definidas do processo tuberculoso.

III—Conquanto as tuberculosas intestinal, peritonia, e dos ganglios do mesenterio e retro peritonias, appareçam com individualidade clinica sufficiente para um diagnostico, ellas succedem-se e assemelham-se o bastante para que devam ser descritas num mesmo capitulo da patologia.

IV—Aos caracteres comuns das diversas formas de tuberculose abdominal, juntam-se os symptomas gerais da infecção bacilar, que precedem ou acompanham os phenomenos locais, e tem uma enorme importancia para o diagnostico da natureza da infecção, mais ligando entre si esses variados aspectos morbidos.

V—O todo patologico formado pela tuberculose abdominal é confirmado ainda pela terapeutica, que, ex-

pção feita das medicações symptomaticas variaveis em cada caso, é pautada pelas mesmas normas nas suas diversas localisações: meios higienicos, dieteticos e climaticos de tratamento geral, medicamentos tonicos e favorecedores da cicatrização das lesões, e helioterapia local.

Visto

Almeida Garrett

PRESIDENTE

Pode imprimir-se

Lopes Martins

SERVINDO DE DIRECTOR

Bibliografia

ALMEIDA GARRETT—A tendencia á generalisação da tuberculose infantil. Tuberculose, n.º 6, 1915.

—Diagnostico clinico da tuberculose cronica na infancia. Tuberculose, n.º 1, 1916.

APERT—Maladies des Enfants, Paris, 1920,

COLLET—Précis de Pathologie interne, Vol. I, Paris, 1920.

COMBY—Maladies de l'enfance, Paris, 1907.

FEER—Tratado de enfermedades de los niños (Tradução do alemão), Barcelona, 1921.

HUTINEL—Les maladies des enfants, T. II, Paris, 1909.

SALAZAR DE SOUZA—Doenças das crianças, Lisboa, 1921.

WEILL—Medecine Infantile, Paris, 1900.